



PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA
EXCELSIOR DE SEGUROS
BENEFICIÁRIO JOAO DIAS DA SILVA
CPF/CNPJ: 44904916468

Posição em 15-05-2018 09:36:12

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
14/05/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
08/05/2018	Interrupção de Prazo	
07/02/2018	Interrupção de Prazo	
02/02/2018	Aviso de Sinistro	

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A 

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 073ª CIRCUNSCRIÇÃO - SIRINHAÉM -
DP73ªCIRC DINTER1/13ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0163000021**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/01/2018** às
14:36

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **12/11/2017** às **17:00**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE MOTONETA BIZ**
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE IPOJUCA, 01, ESTRADA QUE
LIGA O ENGENHO CANTO A PRAIA DE SERRAMBI - MUNICÍPIO DE
IPOJUCA - PE - Bairro: CENTRO - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOÃO DIAS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): JOÃO DIAS DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**JOÃO DIAS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEBASTIANA
VITALINA DA SILVA Pai: SEVERINO DIAS DA SILVA Data de Nascimento: 8/2/1985
Naturalidade: SIRINHAÉM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2821981/SDS/PE (RG).
44884816468 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Profissão: PADEIRO Telefones Celulares:
- 852658878**

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SIRINHAÉM, 01, RUA CARDOSO DA FONTE - Nº91 -
SANTO AMARO DE SIRINHAÉM - PE - CEP: 55000-009 - Bairro: CENTRO -
SIRINHAÉM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:
DESCONHECIDO
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SIRINHAÉM, 01, NÃO INFORMADO - CEP: 55000-009
- Bairro: CENTRO - SIRINHAÉM/PERNAMBUCO/BRASIL**

16/01/2018 09:19

2



Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOÃO DIAS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO DIAS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido. **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCN0402** (PERNAMBUCO/SIRINHAEM) Chassi: **9C2HC1420FR020033**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMA O SR. JOÃO DIAS DA SILVA, QUE TRAFEGAVA PILOTANDO SUA MOTONETA, PLACA PCN 0402, RENAVAM N° 1078107004, DE COR VERMELHA CHASSI N° 9C2HC1420FR020033, NA ESTRADA QUE LIGA O ENGENHO CANTO A PRAIA DE SERRAVAL, MUNICIPIO DE IPOJUCA- PE, QUANDO EM DADO MOMENTO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTONETA CAINDO CAUSANDO FRATURA EXPOSTA NOS DOIS DEDOS DO PÉ ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, NO CASO DE SANTO AGOSTINHO, ONDE FOI SUBMETIDO A CIRCURGIA AMPUTANDO UM DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOÃO DIAS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARIO JULIO DO REGO FILHO** - Matrícula: **1345752**



16/01/2018 09:19

1e 2



2ª VIA
DESTINATÁRIO



Ipojuca, 09 de Janeiro de 2018

Origem: Coordenação do SAMU IPOJUCA

Destino: João Dias da Silva

Assunto: DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO REALIZADO PELA EQUIPE DO SAMU IPOJUCA.

Declaro para os devidos fins que **João Dias da Silva** nascido em 08/02/1983, **RG 2.821.901 SSP-PE**, foi atendido por nossa Unidade de Suporte Básica (USB), no dia 12/11/2017, por volta das 18h 25min na PE-09, Próximo ao Trevo de Serrambi, Ipojuca-PE, sob o protocolo **S-404353**(número da ocorrência para regulação do SAMU), vítima de **Acidente de Trânsito**, A equipe do SAMU IPOJUCA realizou os procedimentos necessários para estabilização do referido (cumprindo com todo o protocolo de atendimento ao trauma), em seguida removendo-o para o Hospital Dom Helder, no município do Cabo de Santo Agostinho - PE.

Dulce das Candeias
Coordenadora de Enfermagem
SAMU - Ipojuca
Coordenação
SAMU IPOJUCA

Rod. PE-38 Km 9 – Nossa Senhora do Ó, Ipojuca – PE.
FONE : (81) 3527 - 9347



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 404142
Usuário do Atendimento: MARIZAMSS

Data e Hora do Atendimento: 12/11/2017 19:47
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOAO DIAS DA SILVA
Nome da Mãe: SEBASTIANA VITALINA DA SILVA
Data do Nascimento: 08/02/1965
Estado Civil: SOLTEIRO
CPF: _____
Naturalidade: SIRINHAEM
Carteira Nacional SUS: 705003657229057
Endereço: RUA JACKES PIRES
Cidade: SIRINHAEM

Prontuário: 95057
Nome do Pai: SEVERINO DIAS DA SILVA
Idade: 52 anos Sexo: MASCULINO
RG: 2821901
Certidão de Nascimento: _____
Escolaridade: FUNDAMENTAL 5A A 8A COMPLETO
Ocupação Habitual: PADEIRO
Data Emissão: 08/02/1983
Data Emissão: _____
SSP PE
POVOADO DE SANTO AMARO
CEP: 55580000
Fone: 92650570

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU
Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA
CRM: 17726
Leito: BL-1 A

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirurgicos (intervenção cirurgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 12/11/2017

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Mellhorado
Diagnóstico: Fratura luxação esquerda de 4º e 5º PPE
Procedimento: Limpeza cirúrgica + fixação
Alta em: 14/11/17 Hora: _____
Médico e C.R.M.: _____
Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____
Assinatura e R.G.: _____

HDH-Hospital Dom Helder Câmara
Moanna Kalliny
Arquivista
SAME/Faturamento

CCIH
Hospital Dom Helder Câmara
22/11/17





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 404130

Senha da Classificação:

0042

Data e Hora: 12/11/2017 19:36

Paciente: 95057 JOAO DIAS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 08/02/1965 Idade: 52 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: SEBASTIANA VITALINA DA SILVA

Nome do Pai: SEVERINO DIAS DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI

CRM: 13783

Endereço: RUA CARDOSO DA FONTE -- BAIRRO SANTO AMARO

Bairro:

Cidade/UF: SIRINHAEM

PE

Usuário Atendimento: LAZARONI

RG (Identidade): 2821901

SSP PE

Data de Emissão: 08/02/1983

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 92650570

Cartão SUS: 705003657229057

Data de Emissão CRN:

BAIRRO SANTO AMARO

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente motorciclístico com trauma
direto no pé esquerdo.
regia perda da consciência por minutos.

Exame Físico

Braço extenso em pé esquerdo com perda de partes mo-
les e deformidade.

Hipótese Diagnóstico

Fratura exposta de pé esquerdo

Conduta Terapêutica

Intensas

Prescrição Médica

- 1) Doravil 500mg - 1200mg + 1200mg SFO, PV, EV 20/60
- 2) Rivotril 1mg - 1mg AP e perfil, braço, coluna cervical e lombar
- 3) Clotetina 2g, EV

QUAT

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 12/11/2017 19:35

Nome Paciente: JOAO DIAS DA SILVA
Cód. Paciente: 95057
Data de Nascimento: 08/02/1965
Sexo: Masculino
Idade: 52
Senha: 0042
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 404130
SAME: 95057



Período: 12/11/2017 21:15 - 12/11/2017 21:15

LUANA TORRES LINS MARQUES - COREN: 309416 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACTE DEU ENTRADA NA VERMELHA, TRAZIDO PELO SAMU. PAVTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM LESÃO EM MIE

Programa sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)
- SSVV ALTERADOS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: LUANA TORRES LINS MARQUES - COREN: 309416 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 12/11/2017 21:15

Assinatura com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS - 30/07/2018 16:32:02
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18073016320205200000033380254>
Número do documento: 18073016320205200000033380254

Num. 33833579 - Pág. 2

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA REALIZAÇÃO DE
AMPUTAÇÃO DE MEMBRO**

Eu, JOSIVALDO DIAS DA SILVA, identidade
nº 3945840, concedo plena autorização aos médicos do Hospital
Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara (HDH) para procederem a realização de
procedimentos cirúrgicos, inclusive amputação de membros, que aqui possam ser
realizadas, no caso de indicação clínica e cirúrgica sempre com o objetivo de
oferecer o melhor tratamento possível ao paciente

JOÃO DIAS DA SILVA
Reg.: 95057, internado no (a) _____,
Leito 405-2 Declaro que recebi, através de profissional médico qualificado,
todas as informações necessárias ao motivo e as condições do procedimento
cirúrgico proposto, esclarecendo todas as minhas dúvidas adequadamente.

Cabo de Santo Agostinho, 17, 11, 17

Josivaldo Dias da Silva
Responsável

Juliana Medeiros
Enfermeira
COREN-PE 489.777

Testemunha

Testemunha



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 33691
Paciente : 95057
Convênio Atend. : 1
Leito : 645
Dt. Início : 12/11/2017 23:00
Cid Pré-Operatório : S925
Cid Pós-Operatório : S925

Sala : 0003
SALA 03
JOAO DIAS DA SILVA
SUS - INTERNACAO
BL-1 A
Dt. Fim : 13/11/2017 00:29
FRATURA DE OUTRO ARTELHO
FRATURA DE OUTRO ARTELHO

Atendimento : 404142
Carteira :
Idade : 52 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408060638
Convênio: 001
Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGE (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO
ANESTESISTA

17726 IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA
5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

HD: FRATURA EXPOSTA GRAVE DO 5º MTTE + LUXAÇÃO DO 4º E 5º PDE
CD: LC + FIXAÇÃO COM FIO DE K
CIRURGIÃO: DR. IJACIEL SOARES
ANESTESISTA: DRA. GRACA COUTO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL
 2. ASSEPSIA E CAMPOS;
 3. ABORDAGEM DE FERIMENTO NO DORSO DO PÉ ESQUERDO SENDO OBSERVADO PERDA ÓSSEA DA CABEÇA DO 5º MTTE E PRESENÇA DE GRAMA E AREIA NA FERIDA
 4. LIMPEZA EXAUSTIVA DA LESÃO COM SF0,9% 10L
 5. FIXAÇÃO DA LUXAÇÃO COM FIO DE K Nº 1,5
 6. APROXIMAÇÃO DO FERIMENTO C/ NYLON 2.0
- CURATIVOS

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA
CRM : 17726

Ijaciél Soares de
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17.726





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 03

Nome: Mrs. Maria da Silva Data: 12/01/17 Hora: 14:00 Registro: 95057
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Hx. craniotomia de físt. espanta em PE E.
Tipo de anestesia: RAE com intubação
Equipe: Dr. J. J. J. Anestesista: Dr. J. J. J.

3. Admissão

Estado geral: () Bom (X) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (X) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () JVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (X) Sim Onde: ms E
Acesso Venoso Central: (X) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (X) não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 130 x 80 mmHg FR: _____ p/min FC: 79 p/min SaPO2: 99%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>120 x 70</u>	<u>130 x 60</u>	<u>130 x 70</u>	<u>120 x 60</u>	<u>110 x 70</u>	<u>110 x 70</u>
FR	<u>18</u>	<u>18</u>	<u>18</u>	<u>18</u>	<u>18</u>	<u>18</u>
FC	<u>86</u>	<u>85</u>	<u>74</u>	<u>68</u>	<u>69</u>	<u>76</u>
SaPO2	<u>95%</u>	<u>96%</u>	<u>97%</u>	<u>97%</u>	<u>97%</u>	<u>95%</u>
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: 13/01/17 Horário: 14:30 Responsável pelo encaminhamento: Dra. Daniela Melo
Anestesista: Dr. J. J. J. CRM 11601

Alta da SRPA pelo médico: _____

Nome: João Dias da Silva Registro: 95057 Leito: _____

Procedimento Cirúrgico: POI Amputação 5ª PDE Data: 18/11/17 Hora: _____

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade	☐ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☐ Proporcionar apoio emocional ☐ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros	
2. Ventilação prejudicada ☒	☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores de ___/___ h ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de fowler ☒ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR ☒ Instalar ☒ manter ☒ Anotar oximetria de pulso ☐ Outros	
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___ h ☐ Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen). ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica ☐ Registrar-se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☐ Outros	
4. Dor () Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	☒ Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico ☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☒ Identificar fatores desencadeantes da dor ☒ Registrar características e intensidade da dor ☐ Outros	
5. Integridade tissular prejudicada ()	☒ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo de <u>24/24</u> h ☐ Realizar mudança de decúbito de ___/___ h ☐ Medir decúbito de dreno de ___/___ h ☐ Manter curativo oclusivo por ___h ☐ Outros	
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderado () Severo	☐ Aferir pressão arterial de ___/___ h ☐ Manter decúbito: _____ ☐ Realizar curativo compressivo ☐ Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao transportar paciente ☐ Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: ☐ Outros	





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
BLOCO CIRÚRGICO



me: Paula B. da Silva

Registro: 95057

Leito:

Data: 13/11/17

Hora:

Procedimento Cirúrgico: 1- DTD do Frot em PE (E)

HORÁRIOS

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
1. Ansiedade	☐ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☐ Proporcionar apoio emocional ☐ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros	
2. Ventilação prejudicada ()	☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores de ___/___ h ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de fowler ☐ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR ☐ Instalar () manter () Anotar oximetria de pulso ☐ Outros	
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___ h ☐ Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen). ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica ☐ Registrar-se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☐ Outros	
4. Dor () Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	☒ Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico ☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☐ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☐ Identificar fatores desencadeantes da dor ☐ Registrar características e intensidade da dor ☐ Outros	
5. Integridade tissular prejudicada ()	☒ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo de <u>84/24</u> h ☐ Realizar mudança de decúbito de ___/___ h ☐ Medir decúbito de dreno de ___/___ h ☐ Manter curativo oclusivo por ___ h ☐ Outros	
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderado () Severo	☐ Aferir pressão arterial de ___/___ h ☐ Manter decúbito: _____ ☐ Realizar curativo compressivo ☐ Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao transportar paciente ☐ Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: ☐ Outros	



		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE BLOCO CIRÚRGICO		
Nome: <u>Isaac Dias da Silva</u>		Registro: <u>95057</u>		Leito: <u>SR</u>
Procedimento Cirúrgico: <u>Troca de Frot. exp. pr. (E)</u>		Data: <u>02/11/17</u>		Hora: <u>23:00</u>
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM			HORÁRIOS
1. Ansiedade	☐ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos			
	☐ Proporcionar apoio emocional			
	☐ Dar informação ao paciente e familiares			
	☐ Outros			
2. Ventilação prejudicada ()	☐ Manter decúbito elevado			
	☐ Aspirar vias aéreas superiores de ___/___h			
	☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz			
	☐ Manter o paciente em posição de fowler			
	☒ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR			
	☒ Instalar ☒ manter ☒ Anotar oximetria de pulso			
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ Outros			
	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___h			
	☐ Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).			
	☐ Colocar o paciente em posição de Fowler			
	☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica			
	☐ Registrar-se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea			
4. Dor () Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	☐ Outros			
	☒ Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico			
	☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor			
	☐ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação			
	☒ Identificar fatores desencadeantes da dor			
	☒ Registrar características e intensidade da dor			
5. Integridade tissular prejudicada ()	☐ Outros			
	☒ Descrever características da lesão			
	☒ Realizar curativo de <u>24/24</u> h			
	☐ Realizar mudança de decúbito de ___/___h			
	☐ Medir decúbito de dreno de ___/___h			
	☐ Manter curativo oclusivo por ___h			
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderado () Severo	☐ Outros			
	☐ Aferir pressão arterial de ___/___h			
	☐ Manter decúbito: _____			
	☐ Realizar curativo compressivo			
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Outros			
	☐ Pinçar dreno ao transportar paciente			
	☐ Avaliar mobilização do dreno (Tracionado)			
	☐ Manter repouso no leito em posição:			



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: <u>Dr. João da Silva</u>	Data: <u>12 / 11 / 18</u>	Registro: <u>97.024</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Leito: <u>—</u>	Hora: <u>22:45</u>

2. Equipe médica:

Cirurgião: <u>Dr. João da Silva</u>	1º auxiliar: <u>—</u>
Anestesista: <u>Dr. João da Silva</u>	Instrumentador: <u>—</u>
Circulante: <u>Billy</u>	

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
01 Bisturi Merit		14.11.171102 09.02.181100
02 Punção de pele		10.11.17 17.11.171115 18.12.17.800
03 Loop		HDH-CME-AVS HDH-CME-AVS
04 Capote		10.11.17 02 14.09.17 01
05 Pêra de Jérami		10.02.181114 14.12.17.599
06 Bisturi		HDH-CME-AVS HDH-CME-AVS
07 Pêra de Kist		10.11.17 02 10.11.17 02
08 Rótula		10.02.181114 10.02.181114



100

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARAGESTÃO
IMIP
HOSPITALARGERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

- IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Adão Dias da Silva Data: 18/11/17 Hora: 11:00 Registro: 3505
Convênio: União Leito: 10 Peso: 70 Altura: 1,75

1 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Marcelo M. Anestesiista: Dr. Marcos Instrumentador: Isabel
1º Auxiliar: Isabel 2º Auxiliar: Isabel

2 - DADOS DA CIRURGIA:

Procedimento: Amputação de dedo do pé Início: 11:00 Término: 11:15
Paciente: Adão Início: 10:30 Término: 11:15

3 - REOPERATÓRIO:

Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Coma
Nível de Consciência: ☐ Orientado ☒ Consciente ☐ Sonolento ☐ Coma
Respiração: ☐ Espontânea ☒ Estubado ☐ Traqueostomizado
Tricotomia: ☐ Sim ☒ Não
Chegada ao CC, em uso de: coma

4 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler ☐ Lateral ☐ Dorsal ☒ Ventral ☐ Ginecológica ☐
Banco de Sangue ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Peça Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐

5.1 EQUIPAMENTOS

Oxímetro de Pulso ☒ Monitor Cardíaco ☒ PNI ☒ Bomba CEC ☐ Aspirador ☐
Coleção Térmica ☐ Bisturi Ultrassônica ☐ Actinoscópio ☐ Microscópio ☐ Capnógrafo ☐
Bisturi Elétrico ☐ Local da Peça ☐ Intensificador ☐ Nº ☐
Carro de Anestesia ☒ Difusor ☐ Bomba de Infusão ☐
Ap. Vídeo ☐ Início ☐ Término ☐
Oxigênio ☐ Início ☐ Término ☐
Protóxido ☐ Início ☐ Término ☐
Gás Carbônico ☐

6 - PROCEDIMENTOS:

Câmbula Orotraqueal: Sim ☐ Não ☒ Puncão Venoso: Sim ☐ Não ☒
Sonda Vascular de Demora: Sim ☐ Não ☒ Sonda Gastrica: Sim ☐ Não ☒
Drenagem (Tipo e Local): Sim ☐ Não ☒
Curativo (Tipo e Local): Sim ☐ Não ☒

6.3 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Propofol CIRURGIA: Amputação

7 - OBSERVAÇÃO:

paciente alerto, hipertensão

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Adão Anestesiado ☒ Narcose ☐ Estubado ☐ Traqueostomizado ☐
Encaminhado para: SE S. Intensivo ☐ UCOR ☐ UTI ☐ Apr ☐ Residência ☐
Enfermeira: Regina Circulante: Wagner



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:		Nome: <u>Doc. Diao da Silva</u>		Data: <u>12-11-12</u>	Nº: <u>32-06</u>	Registro: <u>9512</u>
Convênio: <u>SUS</u>		Leite: _____		Peso: _____	Altura: _____	
2 - EQUIPE MÉDICA:						
Cirurgião: <u>Dr. J.R.C.</u>		Anestesiologista: <u>Dr. G. C. T. S.</u>		Enfermeiro(a): <u>B. M.</u>		
1º Auxiliar: _____		2º Auxiliar: _____				
3 - DADOS DA CIRURGIA:						
Cirurgia: <u>MEDULA LUMBAR - DISCO DE C5-C6</u>		Início: <u>10:15</u>		Término: <u>12:15</u>		
Anestesia: <u>Geral</u>		Início: <u>10:15</u>		Término: <u>12:15</u>		
4 - PRÉ-OPERATÓRIO:						
Estado Geral:	() Bom	(X) Regular	() Grave	() Coma		
Nível de Consciência:	(X) Orientado	() Consciente	() Sonolento	() Coma		
Respiração:	() Espontânea	() Regulada	() Traqueostomizada			
Tolerância:	() Sim	(X) Não				
Cirurgia no CC em um dia: _____						
5 - TRANS-OPERATÓRIO:						
Posição Fowler: ()	Lateral (X)	Dorsal ()	Ventral ()	Ginecológica ()		
Perda de Sangue ()	Laboratório ()	Radiologia ()	Peça Cirúrgica: Sim ()	Não ()		
EQUIPAMENTOS						
Oxímetro de Pulso (X)	Monitor Cardíaco (X)	FNI (X)	Bomba CEC ()	Aspirador ()		
Unidade Térmica ()	Eletror Ultrassônico ()	Artroscópio ()	Microscópio ()	Capnógrafo ()		
História Clínica ()	Local do Plano ()	Intensificador ()	Nº ()			
Carrinho de Anestesia ()	Dilatações ()	Boleto de Infusão ()	Início ()	Término ()		
Ap. Vídeo ()	Início ()	Término ()	Início ()	Término ()		
Oxigênio ()	Início ()	Término ()	Início ()	Término ()		
Proteção ()	Início ()	Término ()	Início ()	Término ()		
Gás Carbônico ()	Início ()	Término ()	Início ()	Término ()		
Outros: _____						
5.2 - PROCEDIMENTOS:						
Canais Ortopédicos: Sim ()	Não (X)	Punção Venosa: Sim ()	Não (X)			
Sonda Ventral de Demora: Sim ()	Não (X)	Sonda Gastrica: Sim ()	Não (X)			
Tranqüilizante (Tipo e Dose): Sim ()	Não (X)					
Curativo (Tipo e Local): Sim (X)	Não ()					
5.3 - MEDICAÇÃO / MATERIAIS USADOS:						
ANESTESIA: _____		CIRURGIA: _____				
_____		_____				
_____		_____				
_____		_____				
OBSERVAÇÕES:						

7 - PÓS-OPERATÓRIO:						
Paciente: ()	Marcap: ()	Exatidão: ()	Traqueostomizada: ()	Residência: ()		
Encaminhado: ()	S. Intensiva: ()	UCUR: ()	ETI: ()	Apt.: ()		
Data: <u>12-11-12</u>		Assinatura: <u>[assinatura]</u>		Circunstâncias: <u>B. M.</u>		



MATERIAL DE SALA CIRURGICA

PACIENTE:	Rosa Rosa da Silva			DATA:	12-11-18
CIRURGIÃO:	Dr. Ricardo			RG:	12.11.18
ANESTESISTA:	Dr. Ricardo			AUXILIAR:	
CIRURGIÃO:	Dr. Ricardo			ANESTESIA:	
ESTRUMENTADOR:	Dr. Ricardo			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	CH. Ricardo
CIRCULANTE:	Dr. Ricardo			COREN:	
ENFERMEIRA:	Dr. Ricardo			HORÁRIO INICIAL:	7:00
				HORÁRIO FINAL:	

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
APRÓFUNDAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
BANDAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 8,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
RIDURAL 17	JELCO 14	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
CLIPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LÂMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7	LUVA 8,0	LUVA 8,5
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	50ML	5ML CATETER	
AV. TAL CIRUR.			
COLET.ABERTO	COLET.FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO.UMIDIFI	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV.URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS.PRESSÃO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
PRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 18FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
BOMBAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 6,0
ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIORES			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSMO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGICEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6





Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 95057

Atendimento: 404142

Dt. Cad: 13/6/2017

Nome: JOAO DIAS DA SILVA

Dt. Nasc: 8/2/1965

Mãe: SEBASTIANA VITALINA DA SILVA

Bairro: POVOADO DE SANTO AMARO

End.: RUA JACKES PIRES

Cidade: SIRINHAEM

Enferm.: BL-1 A

Leito: 645

CNS: 705003657229057

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
- Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
☐ Sim e há equipamento disponível

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
☒ Checagem do equipamento anestésico
☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- ☒ Não
☐ Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

- ☒ Não
☐ Sim lupa

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
- Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim
☐ Não se aplica

Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? não
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? 3h30m, não

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim
☐ Não se aplica

- ☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? não

- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? sim

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado Trat. cir. Fract. exp. pi. E
☒ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
☒ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
☒ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido
☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Marta Gabriela de Oliveira
Enfermeira
C.R.E.O. 271.604



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 33771 Sala : 0005 SALA 05
Paciente : 95057 JOAO DIAS DA SILVA Atendimento : 404142
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 32 405 - 02 - LT CMEDICA Idade : 52 Anos
Dt. Início : 18/11/2017 11:00 Dt. Fim : 18/11/2017 11:37

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408060042 AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

QUIRURGO 16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
ANESTESISTA 21920 MAIRA FALCAO PONCELL

Descrição

Descrição Cirúrgica :

NECROSE DO 4ºPDE
CIRURGIA PROPOSTA: AMPUTAÇÃO DO 4ºPDE
CIRURGAO: MARCELO MACHADO
ANESTESISTA: MAIRA PONCELL

1 PACIENTE EMDECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2 ASSEPSIA + ANTISEPSIA MIE + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS
3 ABERTURA DO FERIMENTO PREVIO + DISSECÇÃO ATE 4º METATARSO
4 AMPUTAÇÃO DO 4º PDE + CURETAGEM DA ARTICULAÇÃO DO 4º MTT
5 LIMPEZA COPIOSA COM SF0,9% + DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO
6 APROXIMAÇÃO DA PELE
7 CURATIVO

*-NECROSE DO 4ºPDE
-ECÇÃO DE FERIDA OPERATORIA COM GAP DO 5ºPDE E PROVAVEL EVOLUÇÃO PARA AMPUTAÇÃO, PACTE NAO ESTAVA
-TE DESSA POSSIBILIDADE.
GUARDA NOVAS LIMPEZAS CIRURGICAS E AMPUTAÇÃO DO 5ºPDE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
CRM : 16548





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

ENF

18/11/17

Paciente **DAO DIAS DA SILVA**

Sexo **M**

Cor **P**

Idade

Risco **I**

CRM **01950 M. P. M. A. R. A.**

Nome do Anestesista

RG 95057

Nome do Cirurgião

MAIARA

Medicação Pré-anestésica

-x-

Urgência

☒ NÃO

☐ SIM

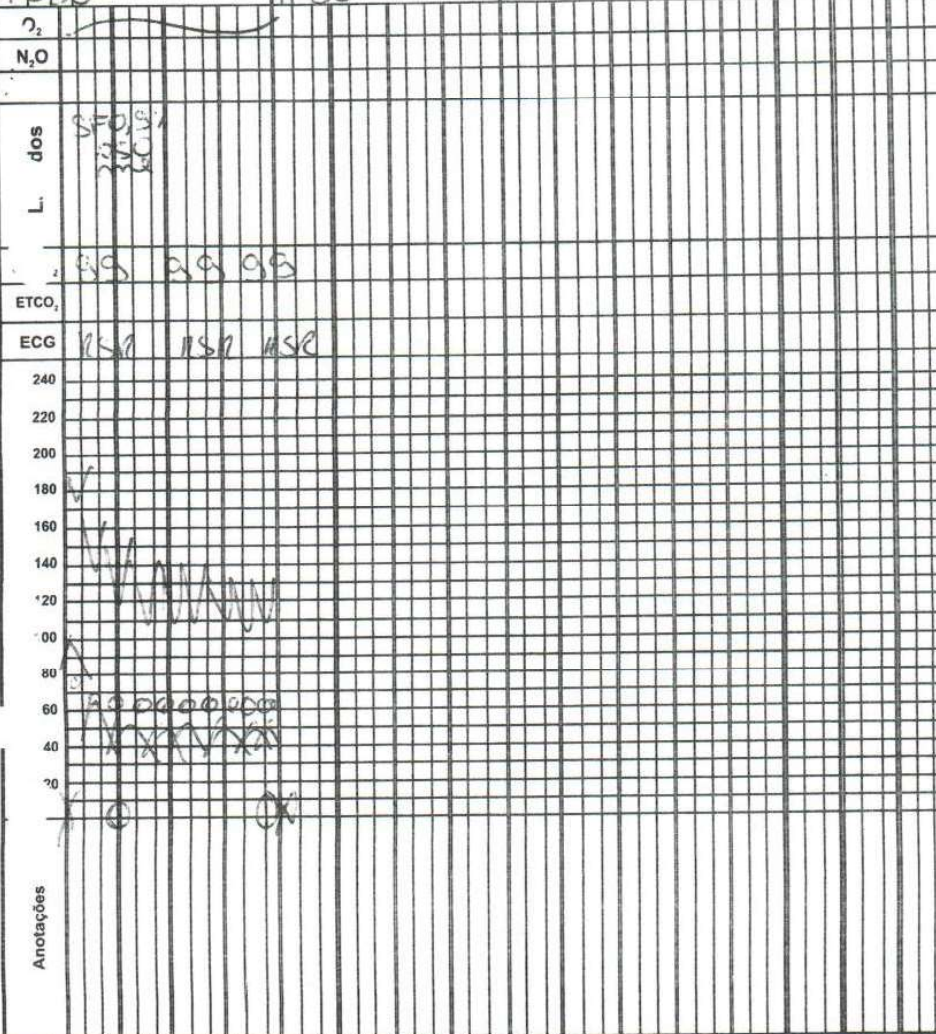
Cirurgia

Ampulacao 4º dedo do pé E

Horário

10:30

11:30



Drogas Usadas

Quantidade

- 1) Midazolam 60mg (12h)
- 2) Lidocaina 5mg
- 3) Fentanyl 8mg
- 4) Dexametazona 2g
- 5) Ondansetron 4mg
- 6) Dexametazona 4mg

A) Bupivacaína 10mg

B) morfina 60mg

Técnica Anestésica

Riquiana anestesia 12h
Sedação consciente
e intubação, pressão
13-14, medicação de
indução e manutenção
S, teste AB, na
intubação observe sangramento
em falo, falo
cuidado com o paciente
e quanto a náusea

Monitorização

- ☒ Cardioscópio
- ☒ Oxímetro
- ☒ PNI
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Capnógrafo
- ☐ Elet. Pré-Cordial
- ☐ Outros
- ☐ BIS
- ☐ Temperatura
- ☐ Swan-Ganz
- ☐ Analisador Gases
- ☐ PVC
- ☐ Estimulador de Nervo
- ☐ Linha Arterial
- ☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

- ☒ Acordado
- ☐ Sonolento
- ☐ Intubado

Destino

- ☒ SRPA
- ☐ Apart/Enf.
- ☐ UTI
- ☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações:

opos 3mg/kg

MAIARA PONGELI
Médica Anestesiologista
CPF: 051.829.214-52
CRM: 21920

Assinatura do Anestesista





Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 95057

Atendimento: 404142

Dt. Cad: 13/6/2017

Nome: JOAO DIAS DA SILVA

Dt. Nasc: 8/2/1965

Mãe: SEBASTIANA VITALINA DA SILVA

Bairro: POVOADO DE SANTO AMARO

End.: RUA JACKES PIRES

Cidade: SIRINHAEM

Enferm.: 405 - 02 - LT CMEDICA

Leito: 32

CNS: 705003657229057

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
- ☒ Identificação do paciente
 - ☒ Local da cirurgia a ser feita
 - ☒ Procedimento a ser realizado
 - ☒ Consentimento informado realizado

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
☐ Sim e há equipamento disponível

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
☒ Checagem do equipamento anestésico
☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- ☒ Não
☐ Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

- ☐ Não
☐ Sim _____

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
- ☐ Identificação do paciente
 - ☐ Local da cirurgia a ser feita
 - ☐ Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☐ Sim
☐ Não se aplica

Antecipação de eventos críticos:

- ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? **NÃO**
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? **± 1h, NÃO**

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☐ Sim
☒ Não se aplica

- ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? **NÃO**

- ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? **Sim**

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☐ Nome do procedimento realizado **Amputação de PDE**
☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) **Sim**
☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente **NÃO**
☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido **NÃO**
☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente **Sim**

Rafaela Henrique
Enfermeira
CNS: 345.197





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 02

Nome: João Dias data: 18/11/17 Hora: 11:25 Registro: 95057
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Ampl. de 4º membro (E)
Tipo de anestesia: Raqui
Equipe: Dr. Marcelo Uscheko Anestesista: Dr. Márcio

3. Admissão

Estado geral: () Bom (☒) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (☒) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (☒) Sim Onde: MD
Acesso Venoso Central: (☒) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (☒) não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 93 x 51 mmHg FR: — p/min FC: 55 p/min SaPO2: 97%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>11:40</u>	<u>11:55</u>	<u>12:25</u>	<u>12:55</u>	<u>13:25</u>	<u>14:25</u>
PA	<u>95/53</u>	<u>101/56</u>	<u>108/63</u>	<u>105/65</u>	<u>112/62</u>	<u>131/71</u>
FR	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>
FC	<u>54</u>	<u>50</u>	<u>59</u>	<u>53</u>	<u>51</u>	<u>55</u>
SaPO2	<u>95%</u>	<u>94%</u>	<u>89%</u>	<u>98%</u>	<u>98%</u>	<u>97%</u>
Glasgow	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: 18/11/17 Horário: 10h Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: Manoel R1920

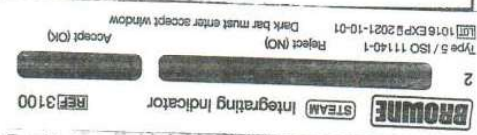
IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: João Dias da Silva Data: 18/11/17 Registro: 9507
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: _____

2. Equipe médica:

Cirurgião: D. Marcelo 1º auxiliar: _____
Anestesista: D. Maria Instrumentador: Isabel
Circulante: Wagner

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
<u>cap capote</u>	HDH-CME-TB 17.11.17 01	
<u>B. Mão</u>	24.11.17 1165	20.11.17 1144
<u>Punho de mão</u>	HDH-CME-MSS 17.11.17 02	17.11.17
<u>Garra</u>	17.02.18 1155	09.02.18 1111



MATERIAL DE SALA CIRURGICA

PACIENTE:	Gleide Dias da Silva			DATA:	12/11/18
CIRURGIÃO:	Dr. Marcelo H.			RG:	3.2.9
ANESTESISTA:	Dr. Marcelo			AUXILIAR:	
CIRURGIÃO:	Amputação de Dito do Pto			ANESTESIA:	Rapida
ESTRUMENTADOR:	J. S. S.			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	
CIRCULANTE:	W. S. S.			COREN:	
ENFERMEIRA:	R. S. S.			HORÁRIO INICIAL:	10h40
				HORÁRIO FINAL:	11h45

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATAJURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
SONDAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
EPIDURAL 17	JELCO 14	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
CLIPAGENS			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
DURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LÂMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVA			
LUVA 7,0	LUVA 8,0	LUVA 8,5	
100%	30%	50%	100%
20ML	60%	ML CATETER	
OUTROS			
AVENTAL CIRUR.	BS.COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA PMDEO
COLET.ABERTO	COLET.FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO.UMIDIFI	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV.URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSÓFIX	TRANS.PRESSÃO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
MATERIAL DE USO GERAL			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSE	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGICEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

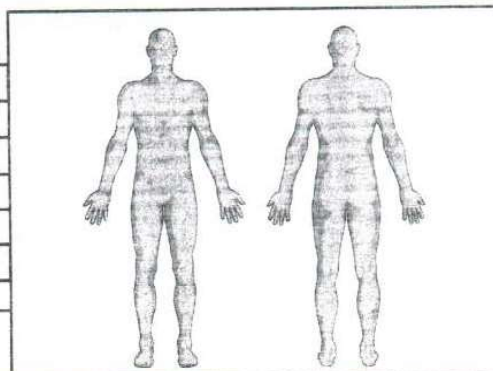
Data: 18/11/12

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: 5:2



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: João das Silva	
Data de Nascimento: 8/2/65	Registro: 98057
Setor: 700	Leito: 405 L-02



SINAIS VITAIS		
PA:	T:	HGT:
Observação:		

ENTREVISTA			
HIPERTENSO:	SIM () NÃO (X)	MEDICAÇÃO EM USO:	
DIABÉTICO:	SIM () NÃO (X)	MEDICAÇÃO EM USO:	
HÁBITOS:	TABAGISTA: SIM () NÃO (X)	Há quantos anos:	Qtd/dia:
	ETILISTA: SIM (X) NÃO ()	Há quantos anos:	Qtd/dia:

EXAMES SOLICITADOS			
IMAGEM:	RX () TAC c/ Contraste () USG () ECO ()	LABORATÓRIAL:	SIM () NÃO ()
	TAC s/ Contraste () RNM () CATE ()	Observação:	
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM () NÃO ()	Risco Cirúrgico:	
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM () NÃO ()	GRUPO SANGÜÍNEO:	
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM () NÃO ()	Qual?: UTI:	LEITO:

ALERGIA		USO DE SONDAS	
SIM () QUAL:		SNE () SNG ()	
NÃO () OBSERVAÇÃO:		SVD ()	
		Outra:	
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		DRENO	
SIM (X) QUAL: Ceftriaxona + Clindamicina		SIM () NÃO ()	
NÃO () OBSERVAÇÃO:		Qual:	
SIM () QUAL:		Local:	
NÃO (X) HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO:			

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEJUM:	SIM () NÃO ()	À partir do dia: / / às :	Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM () NÃO ()	Observação:	
TRICOTOMIA:	SIM () NÃO ()	Observação:	
RETIRADO ADORNOS:	SIM () NÃO ()	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (X) Quais/Datas: 18/11/12		
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM (X) Quais/Datas:		
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (X) Observação:	LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM () Observação:
	NÃO ()		NÃO ()

Enfermeiro Responsável:

CÓD. 38404

ssinar e Carimbar)

Fabiola M. P. Alexandre
Enfermeira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: João Dias de Silva Registro: 95057

Clínica: _____ Enfermaria: Bloco _____ Leito: 405-2

Data/Hora	# Serviço Social *
13/11/17	Realizada entrevista social com acompanhante do usuário o qual relatou ter sido vítima de acidente de trânsito. Ficam prestadas orientações quanto aos direitos dos usuários do SUS e SUSPUS DEPUTA. ASSISTENTE SOCIAL MARIA CRISTINA DE CARVALHO ASSASSINTE SOCIAL CRESSAPE 0003



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOÃO DIAS DA SILVA
brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 449.049.164-68 e portador da cédula de identidade
nº 2721901 residente e domiciliado(a) na
RUA CARLOS DA FONTE
nº 91 bairro de SANTO ANILHO
CEP 55580-000 na cidade de SIRINHEM PE

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, ambas com escritório profissional à Rua
Helena de Lemos, nº 300, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE.
CEP: 50750-630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com. onde recebe intimações e/ou
notificações judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes
poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º
e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas
as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações,
renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de
pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar
compromissos, usar de todos os recursos legais, por finais especiais que sejam,
mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas,
inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do
pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos
em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer
em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de
poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara,
sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer
demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei
nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do
mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de
honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e
qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da
parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto,
desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se,
ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais
disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios
celebrado em instrumento próprio.

Recife, 18 de JULHO de 2018

João Dias da Silva
Outorgante

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu JOÃO DIAS DA SILVA,

RG 2.821.901, CPF 449.049.164-68,

Residente na RECARDOSO DA FONTE, Bairro SANTO AMARIL

Cidade SIRINHEM, Estado de PERNAMBUCO,

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 18 de JULHO de 2018

João Dias da Silva

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, JOÃO DIAS DA SILVA,
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO,
profissão PADEIRO Inscrito no CPF/MF sob o
nº 449.049.164-68, e portador da cédula de
identidade nº 2.821.901, residente e
domiciliado(a) R= CARDOSO DA FONTE
nº 5/N bairro SANTO AMARU,
CEP 55580-000 na cidade de
SIRILYNHEM PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita,
que não tenho condições de arcar com as custas e despesas
processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo
com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 18 de JULHO de 2018.

NOME: João Dias da Silva

